

Date :

Raison Sociale :

N° Adhérent :

Avez-vous besoin, en lien avec ces expositions, de :

Même ponctuellement, un ou plusieurs de vos salariés sont-ils exposés :	OUI	NON	Avez-vous besoin, en lien avec ces expositions, de :				
			FORMATION / SENSIBILISATION	INFORMATION	ACCOMPAGNEMENT	MESURES (METROLOGIE)	PAS DE BESOIN
- à une ambiance sonore contraignante (machines, open-spaces, musique d'ambiance...)?							
- aux vibrations (conduite d'engins, poids lourds, utilisation de machines-outils...)?							
- à une ambiance hygrothermique contraignante (chaleur, froid, humidité...)?							
- à une ambiance lumineuse contraignante (pas de lumière naturelle, éclairage agressif ou insuffisant...)?							
- aux activités physiques (postures contraignantes, port de charges, gestes répétitifs, travail debout...)?							
- aux produits chimiques -utilisation ou stockage- (produits d'entretien, de coiffure, à usage technique...)?							
- aux agents biologiques (bactéries, virus, parasites...)?							
- aux poussières, particules (bois, farine, métaux, ciments, diesel...) et nanoparticules ?							
- aux déplacements professionnels/trajets (voiture, deux-roues...)?							
- aux déplacements à l'étranger ?							
- au travail de nuit ?							
- au travail posté (3x8, 2x8...)?							
- au travail isolé (salarié hors de portée de vue et de voix)?							
- au travail en hauteur ?							
- au travail sur écran ?							
- à des équipements de travail dangereux (machines, outils...) ?							
- aux engins de manutention motorisés ou non ?							
- aux rayonnements (UV, laser, ionisants...) ?							
- à un milieu hyperbare ?							
- au contact avec le public (incivilité, agression, braquage...)?							

Avez-vous besoin, en lien avec ces problèmes, de :

Même ponctuellement, avez-vous été confronté, dans votre entreprise, à des problèmes de :	OUI	NON	FORMATION / SENSIBILISATION	INFORMATION	ACCOMPAGNEMENT	PAS DE BESOIN
- addictions (drogues, alcool...)?						
- maintien dans l'emploi (inaptitudes, salariés handicapés, séniors...)?						
- stress, souffrance au travail (contraintes organisationnelles, techniques ou relationnelles...)?						
- autres, précisez :						

Avez-vous besoin, en lien avec ces actions, de :

Actions tendant à réduire les risques dans votre entreprise :	OUI	NON	FORMATION / SENSIBILISATION	INFORMATION	ACCOMPAGNEMENT	PAS DE BESOIN
Votre Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels est-il réalisé et mis à jour (Art R.4121-1 du Code du Travail)?						
Disposez-vous de plans de prévention en cas d'intervention d'entreprises extérieures (Art R.4512-7 du Code du Travail) ?						
Organisez-vous, pour vos salariés, une formation sécurité à l'embauche (Art L.4141-2 du Code du Travail)?						
Avez-vous désigné un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise (Art L.4644-1 du Code du travail)?						
Vos accidents du travail sont-ils analysés le cas échéant?						
Avez-vous formalisé l'organisation des secours en cas d'accident du travail, de malaise ou d'incendie?						
Avez-vous formé des salariés aux premiers secours?						
Disposez-vous du matériel nécessaire aux premiers secours (désinfectant, compresses...)?						
Disposez-vous d'un Défibrillateur Automatisé Externe?						
Disposez-vous du matériel de secours en cas d'incendie (extincteurs...)?						
Faites-vous réaliser les vérifications périodiques obligatoires (installations électriques, extincteurs, ascenseurs...)?						

Autre :	OUI	NON
Savez-vous ce que comprend la prestation Santé-Travail du CMSM?		